

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline KREMSKI

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 12 mai 1937, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

197

**RECHERCHE DE CORRELATIONS
PSYCHOSOMATIQUES
A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS
DE RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE**

Président : M. BERNIER, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline KREMSKI

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 12 mai 1937, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

197

**RECHERCHE DE CORRELATIONS
PSYCHOSOMATIQUES
A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS
DE RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE**

Président : M. BERNIER, Professeur

PARIS — 1970

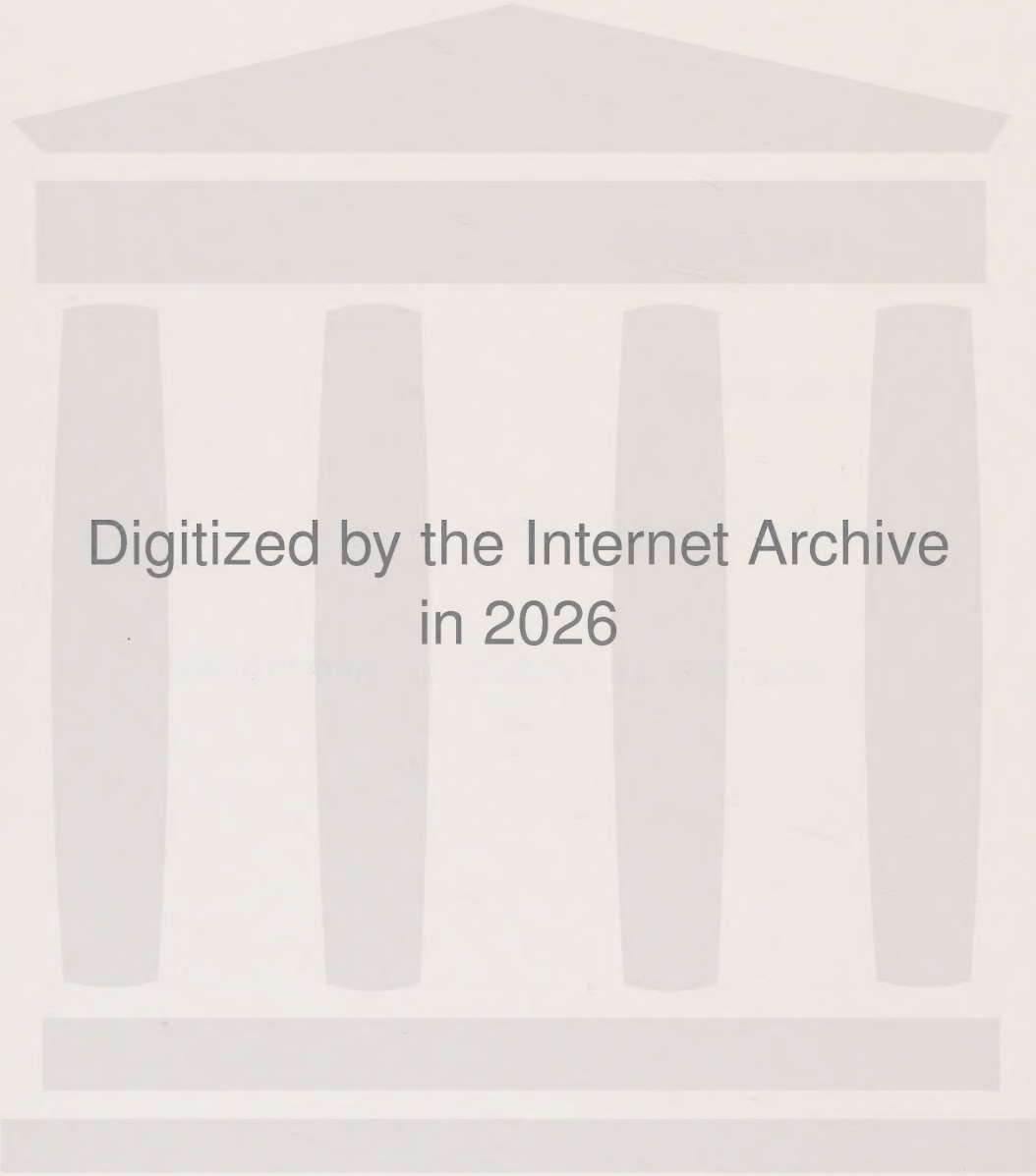


A MES PARENTS

A MA SOEUR

A ARIANE, A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BOURGUIGNON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551528_0058

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.J. BERNIER

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Avec nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LAMBLING

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la direction de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
profond respect et de notre attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A.J. BURGER

qui nous a constamment aidé dans ce
travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE M'UZAN

qui nous a permis d'utiliser ses
observations.

qu'ils trouvent ici l'expression de nos
remerciements.

A NOS MAITRES DE L'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR L. ROUQUES

MONSIEUR LE DOCTEUR J. SALLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. WOLFROMM

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOUSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CACHIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBLING

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BONFILS

MONSIEUR LE PROFESSEUR Ch. DEBRAY

En témoignage de notre reconnaissance.

La Recto-colite hémorragique : maladie psychosomatique pour certains est pour d'autres une maladie d'étiologie inconnue où de nombreux facteurs pourraient intervenir : allergiques, microbiens, immunitaires, génétiques, etc...). Elle reste encore mystérieuse malgré les nombreux travaux effectués à son sujet dans des perspectives différentes.

Le but de ce travail n'est ni de démontrer la psychogénèse de la colite ulcéreuse, ni même de décrire les traits psychologiques maintenant classiques de ces malades que de nombreux auteurs ont étudiés (ils seront résumés plus loin). C'est une tentative - par l'étude de 58 observations de malades atteints de colite ulcéreuse, hospitalisés dans le Service de Monsieur le Professeur LAMBLING - d'établir des corrélations entre les facteurs psychologiques, la gravité et l'évolution de la maladie.

MATERIEL CLINIQUE ET METHODES D'ETUDE

Address:
 Name:
 Phone:
 Email:
 Company:
 Title:
 Fax:
 Website:
 Country:
 State:
 City:
 Zip:

Cette étude porte sur 58 malades hospitalisés à l'Hôpital Bichat, dans le Service de Monsieur le Professeur LAMBLING entre 1951 et 1969 :

- 23 hommes

- 35 femmes

âgés de 15 à 77 ans.

Ces malades seront étudiés selon 2 aspects :

I - Les données cliniques et l'évolution de la maladie.

II - Les aspects psychologiques.

Enfin le dernier chapitre sera une tentative d'établir des corrélations entre les différents éléments.

- . Le syndrome dysentérique est alors souvent évident;
coliques abdominales, ténésme, faux besoins.
- . C'est dans ces formes que des vomissements, de la fièvre,
sont brusquement observés.
- . L'existence de signes de gravité est encore objective
par les perturbations :
 - hématologiques : anémie $< 3,5$ millions
leucocytose > 10.000
 - hydroélectrolytique :
 - hyponatrémie < 130 mEq
 - hypokaliémie $< 3,5$ mEq
 - baisse de la réserve alcaline
par fuite des bicarbonates
 - protidiques : hypoprotidémie à 60 g/l et moins
avec hypoalbuminémie < 35 g/l.

Ces anomalies ont été retenues lorsqu'elles existaient
et groupées sous la désignation : "signes biologiques de
gravité".

Ces perturbations ont nécessité une réanimation intensive
par des perfusions de sang, de plasma, d'albumines hu-
maines, de solutés glucosé, salé, bicarbonaté, et des élec-
trolytes.

3) L'aspect des lésions rectales à l'endoscopie nous permettra
=====
de différencier 2 groupes de malades selon l'absence ou la
présence de lésions graves.

a - Les formes moyennes où les lésions sont réversibles.

Elles regroupent :

- les aspects discrets : oedème, pétéchie.
- les formes plus évoluées : hyperhémie, muqueuse granuleuse, franchement hémorragique après écouvillonnage.
- à un stade de plus, le suintement sanglant peut être permanent, gênant alors la visualisation de la muqueuse. Les ulcérations sont franches plus ou moins profondes. Les enduits muco-purulents sont évidents.
- ultérieurement la muqueuse est recouverte d'enduits purulents. Elle est épaisse, granuleuse, ulcérée. Un écoulement séro sanglant et purulent est observé.

b - des formes plus évoluées où des troubles irréversibles se sont produits.

La lumière rectale est étroite, tubulée.

La muqueuse est largement dénudée.

Il existe fréquemment des pseudopolypes.

Les exsudats purulents prédominent.

Nous rapprocherons de ces formes, les cas où des complications locales sont d'emblée constatées : abcès de la marge anale, fistules.

4) L'extension radiologique des lésions sur le cadre; nous permet de différencier 4 formes :

- a) celles qui sont localisées au recto sigmoïde, allant parfois jusqu'à l'angle gauche.
- b) celles qui atteignent le colon transverse et l'angle droit.
- c) les pancolites.
- d) celles où le lavement baryté est normal.

L'extension réelle, surtout en profondeur est très souvent sous-estimée comme le montrent les constatations anatomiques (étude de pièces opératoires).

5) L'allure évolutive de la maladie a été étudiée sur les éléments suivants :

- a) durée totale de l'évolution depuis le début connu
 - jusqu'à l'acte chirurgical chez les malades opérés.
 - jusqu'au dernier examen de surveillance dans les cas non opérés.
- b) la fréquence des poussées : celles-ci peuvent être :
 - espacées une ou plusieurs par an séparées par des périodes de rémission clinique complète et durable.
 - subintrantes, sans rémission franche entre les périodes d'aggravation.
 - enfin l'évolution peut être d'une seule tenue.

6) En plus de ces éléments cliniques, biologiques et radiologiques, nous avons remarqué :

- a - les manifestations cutanées (érythème noueux) et articulaires parfois rencontrées dans cette maladie.
- b - les manifestations allergiques où les facteurs psychosomatiques sont là aussi souvent retenus :
 - urticaire
 - oedème de Quincke
 - asthme
 - eczéma.
- c - l'existence des antécédents tuberculeux.
- d - les cas où une grossesse a paru être un élément déclenchant de la maladie, ou au contraire favorable.

Tels sont les éléments choisis dans les dossiers pour caractériser :

- l'allure clinique de la maladie
- la gravité
- l'évolution
- enfin les symptômes qui semblent associés.

R E S U L T A T S

--:--:--:--:--:--:--

Dans le groupe de 58 malades étudiés on peut noter :

I) La prédominance du sexe féminin

35 cas sur 58 - soit 60 %

(ce qui correspond à la statistique globale du service :
sur 131 cas de R.C.H. entre 1955-1965

58 % étaient des femmes).

II) L'âge de début

- avant 20 ans	:	11 cas
- entre 20-25 ans	:	9 cas
- entre 25-30 ans	:	14 cas
- entre 30-35 ans	:	6 cas
- entre 35-45 ans	:	8 cas
- entre 45-50 ans	:	3 cas
- après 50 ans	:	7 cas

Plus de la moitié des malades avaient moins de 30 ans lors
du début de la maladie : il s'agit bien d'une maladie de
l'adulte jeune.

III) Les données cliniques

- 1) . 29 malades ne présentent aucun signe clinique de gra-
vité au cours de l'évolution de leur maladie.

- . 31 * malades par contre ont eu des signes cliniques de gravité au cours d'une ou plusieurs poussées. Dans 20 cas, les perturbations biologiques étaient associées.

(* 2 malades ont eu pendant plusieurs années des symptômes cliniques bien tolérés qui secondairement sont devenus alarmants).

2) La rectoscopie révèle :

- . chez 30 malades des lésions muqueuses modérées pouvant être réversibles.
- . chez 31 * malades, les lésions sont plus marquées : ulcérations profondes, suppuration importante.

(* 3 malades ont présenté une aggravation secondaire et des remaniements locaux).

3) L'extension des lésions sur le lavement baryté

permet de différencier 4 groupes :

- atteinte recto-sigmoïdienne, allant jusqu'à l'angle gauche : 20 cas
- lésions atteignant le colon descendant et le transverse jusqu'à l'angle droit : 4 cas
- pancolites : 29 cas
- lavement baryté normal : 5 cas

Ces données cliniques et radiologiques nous permettent de remarquer :

- 1 - le nombre élevé de malades qui ont présenté à la fois des signes cliniques de gravité, et des lésions radiologiques étendues : 24 cas

Ceci tient au recrutement particulier du Service. Ce sont les formes graves de recto-colite qui y sont adressées.

- 2 - Les signes cliniques et endoscopiques de gravité s'associent dans 18 cas.

Par contre dans 11 cas les lésions endoscopiques sont importantes sans qu'il y ait de retentissement clinique et biologique (dans 6 cas les lésions ne dépassaient pas l'angle G).

Dans 14 cas, au contraire, les lésions rectales peu importantes contrastent avec des signes cliniques de gravité (dans 10 cas les lésions atteignaient la totalité du colon).

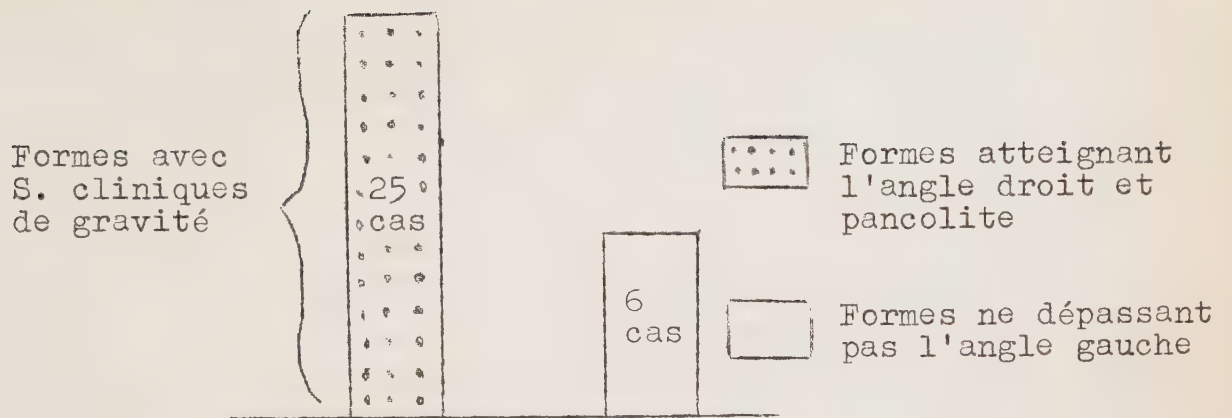
Dans 19 cas, les lésions rectoscopiques modérées sont isolées sans retentissement sur l'état général.

	Forme grave en Rectoscopie	F modérée en Rectoscopie
Signes cliniques de gravité	18	14
Absence de signes cliniques de gravité	11	19

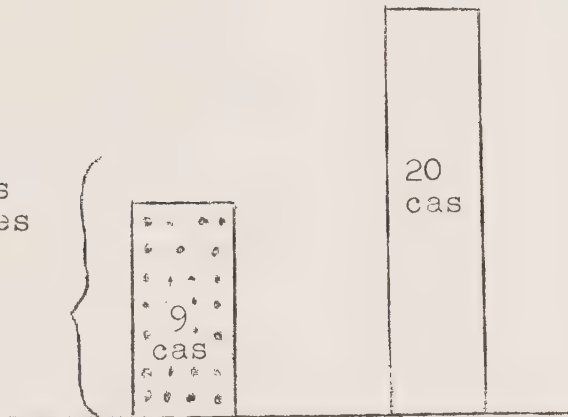
3 - Le tableau suivant résume les corrélations entre l'extension des lésions coliques et les données cliniques.

	Pancolite	Colon descendant + transverse	Colon descendant	L.B. normal
Nombre de cas	29	4	20	5
Signes cliniques de gravité (31 cas)	24 *	1	6 *	0
Absence de gravité clinique (29 cas)	6	3	15	5

* un malade n'a présenté que secondairement des signes cliniques de gravité dans les 2 catégories.



Formes sans
S. cliniques
de gravité



Nous remarquons aussi que :

- Sur les 31 malades qui ont des signes cliniques de gravité, 25 présentent des lésions de tout le colon ou atteignant l'angle droit.
- 9 malades présentent des lésions coliques étendues, bien tolérées cliniquement et biologiquement.

Dans 6 cas sur 9, ces formes évoluent depuis plus de 10 ans; délai à partir duquel on redoute une dégénérescence possible (le risque en est diversement apprécié; 1 % dans la statistique du service). Malgré la bonne tolérance clinique, on peut être amené alors à proposer au malade la colectomie.

IV - L'allure évolutive est étudiée en fonction de la durée totale de surveillance, du caractère des poussées.

Durée d'évolution	Nombre de cas	Poussée d'une seule tenue	Poussées subintrantes	Poussées espacées
Inférieure ou égale à 1 an	15	10	4	1
Entre 1 et 3 ans	4		2	2
Entre 3 et 5 ans	13	2	3	8
Entre 5 et 10 ans	12	1	3	8
Entre 10 et 15 ans	5	0	3 *	4
Supérieure à 15 ans	9	0	1	8

* dont 2 malades qui ont présenté des poussées espacées puis des poussées subintrantes.

- . On remarque la fréquence des poussées d'une seule tenue lorsque la maladie évolue depuis moins de 1 an.
- . A l'opposé, les formes qui évoluent depuis plus de 10 ans présentent surtout des poussées espacées.

V - Manifestations cliniques associées

- 10 malades ont présenté au cours de l'évolution des arthro-
pathies ou un érythème noueux. Ces manifestations isolées
ou associées se répartissent également (5 et 5) entre les
formes graves et non graves.
- Nous avons relevé chez ces malades certains éléments du
"terrain" sur lesquels nous reviendrons plus loin :
 - . manifestations allergiques et eczéma : 13 cas
 - . constipation chronique depuis l'enfance : 13 cas
- Dans 1 seul cas la survenue d'une grossesse a constitué un
évènement manifestement déclenchant d'une poussée.

VI - Le traitement médical

- Dans 25 cas, une réanimation par perfusions de sang, plasma, solutés glucosé salé, bicarbonate et électrolytes a été indispensable.

Elle a pu suffire ou être accompagnée par un acte chirurgical.

- Chez 49 malades la Solazopyrine a été utilisée.
- 37 malades ont reçu des corticoïdes par voie locale et 14 par voie générale.

De nombreuses thérapeutiques symptomatiques ont été souvent utilisées (désinfectants intestinaux, antibiotiques, pansements coliques).

Les modalités du traitement chirurgical ont varié selon l'époque.

- Dans les premières années on préconisait 3 temps opératoires :
 - 1er temps : iléostomie transitoire
 - 2ème temps : colectomie totale
 - 3ème temps : rétablissement de la continuité iléo-rectale ou protectomie.

Actuellement grâce à une meilleure préparation des malades les chirurgiens pratiquent une colectomie totale avec iléostomie de décharge. Le rectum est laissé en place (parfois il est possible de rétablir d'emblée la continuité iléo rectale).

Le traitement local est poursuivi, le malade surveillé régulièrement.

La décision ultime est prise par le médecin et le chirurgien.

- . Des lésions rectales importantes (remaniements locaux, microrectie, rétractions fibreuses) imposent l'amputation rectale.
- . Même s'il persiste des lésions, le rétablissement de la continuité est parfois réalisé; et l'on peut assister alors à une amélioration locale, mais parfois aussi à une aggravation.

21 malades ont été opérés : colectomie totale ou partielle.

- Dans 11 cas la continuité a pu être rétablie
- Dans 6 cas une iléostomie définitive n'a pu être évitée.

Il y a eu 3 décès immédiates après l'intervention :

2 par collapsus

1 par embolie pulmonaire

1 décès quelques semaines plus tard par cachexie.

Le nombre élevé de malades opérés est lié à la gravité des formes présentées par les malades admis dans le service.

FORMES EVOLUANT EN MOINS DE 1 AN AVEC SIGNES DE GRAVITE

12 CAS

I - Formes radiocliniques

- Signes cliniques et biologiques de gravité 12 cas
- Pancolites (10 cas
- Formes étendues jusqu'à l'angle G (2 cas

II - Traitement chirurgical : 7 cas : Colectomie totale

- Avec rétablissement de la continuité 3 cas
- Avec iléostomie définitive 1 cas
- Décès post-opératoires immédiats
(en 1961 et 1966) 2 cas
- Décès quelques semaines après intervention
(cachexie) 1 cas

III - Traitement médical seul

- Malades améliorés mais non suivis ultérieurement 3 cas
- Un malade a quitté le service dans un état grave 1 cas
- Décès par cachexie 1 cas

IV - Age de début

- Avant 30 ans 7 cas
sur 12
- dont avant 20 ans 3 cas

FORMES DONT L'EVOLUTION EST SUPERIEURE A 1 AN ET INFERIEURE

A 5 ANS - 17 CAS

I - Formes radiocliniques

- Signes cliniques de gravité et Pancolites 9 cas
- Absence de signe de gravité 8 cas
 - Formes localisées au colon G (6 cas)
 - Lavement baryté normal (2 cas)

II - Traitement chirurgical. Colectomie totale : 4 cas

- Avec rétablissement de la continuité 2 cas
- Avec iléostomie définitive 2 cas

III - Traitement médical seul : 13 cas

- Malades non suivis 6 cas
- Malades suivis entre 1 à 14 ans 7 cas

IV - Age de début de la maladie

- Avant 30 ans 10 cas
- Entre 30 et 45 ans 2 cas
- Après 45 ans 5 cas

FORMES EVOLUANT EN 1 A 15 ANS ET PLUS - 14 CAS

I - Formes radiocliniques

{	- Formes avec signes cliniques de gravité	6 cas
	- Formes sans signes cliniques de gravité	8 cas
{	- Pancolite -----	5 cas
	- Formes atteignant l'angle droit	2 cas
	- Formes atteignant l'angle gauche	6 cas
	- Forme sans lésion radiologique	1 cas

II - Traitement chirurgical : colectomie totale : 6 cas

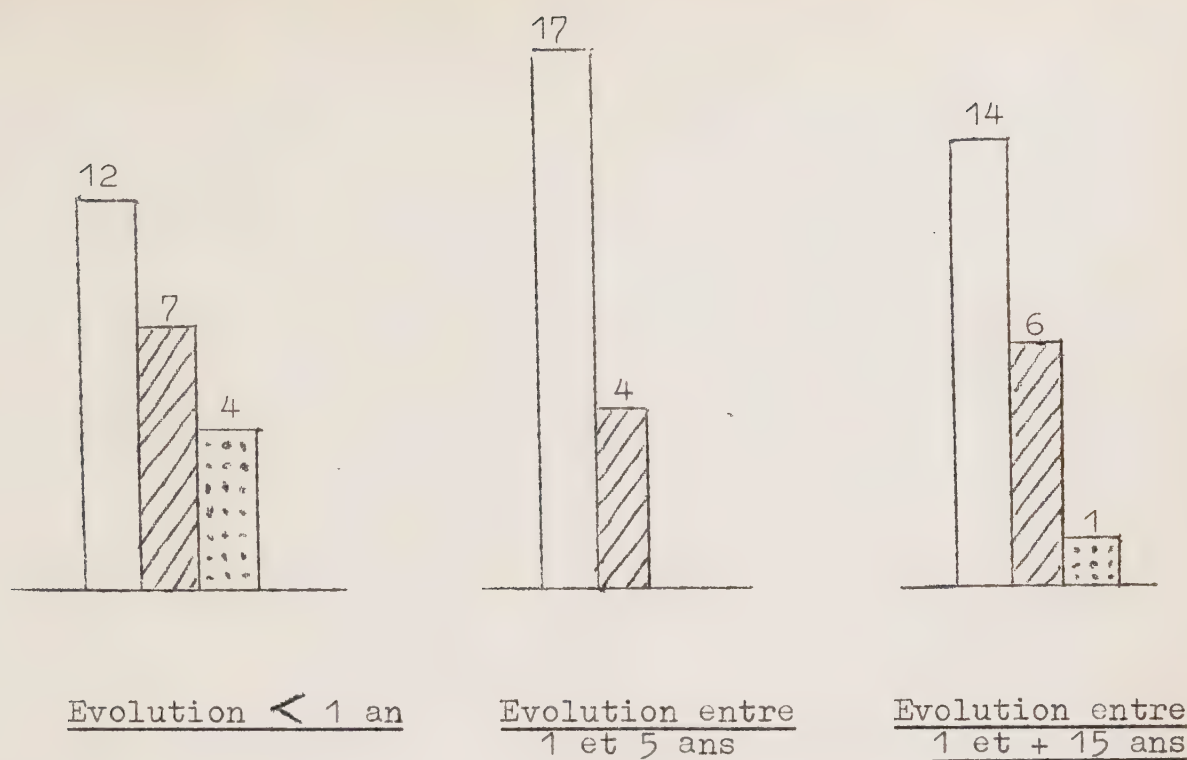
- Avec rétablissement de la continuité	3 cas
- Avec iléostomie définitive	2 cas
- Décès post-opératoire immédiat	1 cas

III - Traitement médical seul : 8 cas

- Malades non suivis	4 cas
- Malades suivis entre 2 et 10 ans	4 cas

IV - Age de début

- Avant 30 ans	5 cas
- Entre 30 et 45 ans	6 cas
- Après 45 ans	3 cas



-  Nombre de cas
-  Traitement chirurgical
-  Décès

Traitement chirurgical, décès, en fonction de l'allure évolutive.

La possibilité de créer des perturbations fonctionnelles et même des lésions organiques du tube digestif à partir des troubles émotionnels est bien connue, nous ne rappellerons que les études de GRACE WOLF et WOLFF. Ils soumettent 4 malades atteints de C.U. et porteurs d'un anus artificiel à des conflits affectifs.

Les modifications coliques observées étaient manifestes : hémorragies, ulcérations ... et ceci pour des traumas affectifs pouvant paraître minimes, mais dont la signification affective était grande pour ces malades.

La divergence dans l'appréciation du rôle joué par les facteurs psychologiques dans la R.C.H. nous semble dû à la différence de niveau de l'investigation.

Habituellement, le malade est interrogé sur ses antécédents médicaux et chirurgicaux, le mode de début de sa maladie, les traitements reçus. Parfois il décrit sa vie familiale et professionnelle. Lorsqu'existent des perturbations psychologiques évidentes ou un passé psychiatrique, le malade est dirigé vers un spécialiste. Mais trop souvent la structure de fond de la personnalité du malade reste dans l'ombre.

L'examen du psychiatre se situe à un niveau différent. Le malade est dans des conditions particulières. Il est seul avec le médecin. Le contenu de son discours est laissé à son libre choix. Il peut même se taire ou au contraire évoquer un événement important ou minime, réel ou imaginaire, mais dont la signification est pour lui primordiale, mobilisant des

affects, déclenchant des réactions de panique, de désespoir ou d'agressivité.

La relation "médecin-malade" est en elle-même révélatrice de ce qu'est le malade, de ce qu'il demande (passivité, abandon, agressivité, demande impérieuse d'aide et d'amour).

Au cours de l'entretien le psychiatre va tenter de comprendre non seulement l'histoire objective du malade, mais aussi les transformations que celui-ci fait subir à la réalité; car "le vécu" du malade est bien plus significatif, c'est "sa réalité"; même si elle ne repose sur aucun fait objectif. Ainsi une humiliation ressentie douloureusement, provoquée par un incident minime, oublié de l'entourage, peut pour le malade entraîner une souffrance profonde et durable.

Elle peut réapparaître à l'occasion d'un choc aussi minime soit-il, mais ayant la même signification pour lui; faisant ressurgir ce qui a été oublié.

C'est pourquoi il nous a paru important d'étudier l'étiologie d'une maladie, non seulement en fonction des données classiques :

- 1 - constitution héréditaire,
- 2 - maladies organiques, traumatismes physiques et accidents de la petite enfance,

mais aussi comme l'a souligné Alexander :

- 1 - le climat affectif du milieu familial : les caractères des parents, des collatéraux, les liens qui les unissent, ce que représente l'enfant pour eux.

2 - les soins reçus dans la petite enfance : alimentation et mode de sevrage, éducation sphinctérienne (plus ou moins rigide), conditions du sommeil,

3 - enfin, les expériences affectives ultérieures au cours des relations interpersonnelles et professionnelles.

C'est l'analyse de ces différents éléments tels que le malade va les décrire lors d'un ou plusieurs entretiens qui va permettre :

1° - de dessiner la structure psychologique du malade,
2° - d'apprécier ses relations avec le médecin, donc avec autrui,

3° - de mettre en évidence l'évènement réel ou imaginaire qui a une signification particulière pour ce malade et qui en raison de sa personnalité va déclencher une première poussée ou une rechute,

4° - enfin de comprendre l'attitude du malade devant sa maladie.

Tous ces éléments permettent d'appréhender le malade dans sa totalité, et non plus uniquement au niveau du symptôme qu'il présente. Ils seront utiles pour adapter l'attitude du personnel infirmier et médical à chaque cas, afin de répondre aux besoins réels de ce malade.

C'est au sein d'une équipe groupant des médecins et des psychiatres que pourra être apprécié au mieux l'importance

des facteurs psychologiques et leur rôle dans la maladie. Nous rapporterons l'expérience du service de Monsieur le Professeur LAMBLING où des psychiatres furent attachés à ce service de Gastro-entérologie. Auparavant nous rappellerons les résultats des travaux essentiels sur les aspects psychologiques au cours des rectocolites. Ils sont maintenant classiques. La critique essentielle qui leur est faite est de porter sur un nombre restreint de ces malades.

L'étude des rectocolites ulcéro-hémorragiques de l'enfant est particulièrement intéressante; car, non seulement elle se situe à un stade très précoce de la maladie, mais elle permet aussi d'étudier l'enfant au sein de sa famille, le rôle qu'il y joue, et le désir des parents.

Des perturbations importantes des relations mère-enfant sont notées par tous les psychiatres d'enfants et les psychanalystes.

Selon MOHR (1960), les mères de ces enfants sont incapables de répondre à leurs besoins affectifs. La conséquence en est un sentiment d'insécurité plus intense que normalement, une hostilité accrue envers ce qui est désiré et qui répond d'une façon inadaptée à la demande.

L'enfant est angoissé devant sa propre hostilité et réagit par un sentiment de méfiance. Ultérieurement, ce sentiment sera étendu à l'entourage, vécu comme un monde hostile qui peut, à tout instant, menacer de façon vitale cet enfant en danger.

Devant cette situation, l'enfant va, à tout moment, essayer de provoquer les soins et l'attention maternelle, ceci par une attitude régressive, et en même temps, s'efforcer de résoudre lui-même, comme il le peut, les problèmes auxquels il se trouve confronté par un effort maladroit de contrôle de l'environnement.

Tout échec dans cette tentative de contrôle a pour lui la signification de la destruction, voire même de la mort, ramenant au manque affectif originel qui est pour lui une menace réelle à sa survie.

Ces mères imposent à leur enfant des frustrations précoces importantes. Inconsciemment hostiles et rejetantes, elles provoquent ainsi chez leur enfant une ambivalence marquée :

- l'attachement est profond avec une forte dépendance d'obtenir la satisfaction des besoins primordiaux.
- une hostilité et une haine intense répondent à cette frustration permanente. Incapables d'exprimer leur agressivité, ils la retournent contre eux-mêmes.

TITCHNER RISKIN EMERSON (1960) mettent en valeur non seulement la relation particulière mère-enfant, mais aussi les relations dynamiques au sein de la famille. Ce couple mère-enfant ne peut être exclu du reste de la famille en particulier du père, des autres enfants, et éventuellement des autres personnes vivant sous le même toit. Ces relations s'établissent à un moment précis, dans l'histoire de cette famille. Les perturbations affectives que la maladie déclenche vont parfois se poursuivre inexorablement.

B. ARTHUR et A. ARBOR (1963) étudient 19 enfants de 9 à 14 ans.

Les garçons décrivent leurs mères comme étant fortement dominatrices. Elles ne leur permettent d'ébaucher aucun désir d'indépendance. Il en résulte une profonde dépression avec sentiment d'incapacité, désespoir, une attitude de retrait, une absence de combativité.

A l'opposé, les filles vont tenter, elles, de lutter contre la domination maternelle. Elles peuvent prendre une attitude opposante, faussement indépendante, ou au contraire rechercher une protection maternelle plus grande, de façon plus agressive que les garçons.

Les pères sont décrits, autant par les garçons que par les filles, comme effacés, passifs et dominés.

Leur "absence" permet à la mère d'être dominatrice, renforçant ainsi cette relation symbiotique mère-enfant.

Parfois les garçons évoquent leur père comme sévère violent, le couple mère-enfant devenant la victime de ce père brutal.

Ces constatations montrent bien les perturbations profondes qui vont jalonner le développement affectif de l'enfant.

SUNDBY et AUESTAD (1967) dans un groupe de 19 enfants écartent certains facteurs comme non significatifs :

- les conditions de la naissance : le poids et la période néonatale,

- le développement psychomoteur,
- l'alimentation du nourrisson (sein ou allaitement artificiel),

Par contre, ces auteurs retiennent dans tous les cas des troubles du comportement :

- le contact est superficiel raisonnable sans engagement affectif profond.
- la dépendance marquée à l'égard d'un des parents (le plus souvent la mère) est une relation toujours immature.
- ces enfants ont une attitude rigide, ils sont conformistes très obéissants, moralisateurs et cherchent à séduire.
- leur sensibilité est très vive, on les blesse facilement. Ils se croient en permanence jugés.
- l'inhibition de leur affectivité est évidente. Ils refoulent leur hostilité et leur agressivité vis à vis de leurs parents.

Selon ces auteurs l'étude de la personnalité montre l'existence des conflits non résolus à tous les stades du développement de l'enfant (stades oral, anal, phallique).

- . Les besoins affectifs restent insatisfaits.
- . Il existe des troubles de l'identification sexuelle.
- . 13 enfants sur 19 ont des troubles modérés ou importants, 6 de troubles sérieux, aucun ne pouvait être considéré comme ayant eu un développement psychologique normal.

MELITTA SPERLING traite depuis 1942 par des cures analytiques des enfants atteints de colite ulcéreuse.

Pour cet auteur, (- 49 cas) "la colite ulcéreuse débute souvent entre le 18ème et le 26ème mois par un trouble du développement de la première enfance".

FINCH et HESS (1962) confirment les données psychologiques déjà décrites; mais ils considèrent qu'aucun de ces facteurs personnel ou familial n'est spécifique. Il est impossible actuellement d'établir un lien entre les conflits et les symptômes digestifs. Ils proposent l'hypothèse d'un facteur constitutionnel : la possibilité de répondre de façon spécifique pathologique à une perturbation affective.

Nous avons rapporté longuement ces différents travaux car les constatations trouvées chez les adultes sont identiques bien que plus difficiles à mettre en évidence en raison de la distorsion apportée par le temps.

Parmi les travaux concernant les adultes atteints de rectocolite hémorragique nous retiendrons ceux de BANKS, KORELITZ et ZETZEL qui rapportent leur expérience portant sur 20 ans (245 malades).

Dans 77 cas un évènement significatif déclenche la première poussée.

Dans 124 cas, un traumatisme physique ou psychique peut être retenu comme facteur de rechute.

GROEN dans 90 % des cas trouve des perturbations affectives à l'origine d'une poussée.

LINDEMAN et DANIELS ont mis en évidence et insisté sur la structure dépressive des cas malades.

ENGEL (1955) après une revue très complète de la littérature et après étude de ses propres observations, dégage des caractères psychologiques dominants.

- Des traits compulsifs et obsessionnels (sans qu'il y ait névrose obsessionnelle vraie), remarquables par le goût de l'ordre, de la propreté, de la ponctualité, l'obstination et le conformisme.

- Une inhibition des affects, une attitude rigide vis à vis de la morale et du langage (absence de grossièretés).

- Une sensibilité extrême avec l'intuition de l'hostilité et de l'attitude rejetante de l'autre. Ils ont souvent tendance à se replier sur eux-mêmes.

Il existe une demande manifeste d'amour et de sympathie ainsi qu'une hostilité et une agressivité profonde rarement exprimées ouvertement.

Dans les relations avec "l'autre", ils manifestent une grande passivité, un besoin de dépendance et de protection.

LINDEMAN a particulièrement mis en valeur le rôle de "personne-clé" joué par un membre de l'entourage du malade (souvent la mère). Sa présence est indispensable à la vie du malade. Leurs liens sont puissants. Ils sont à la fois un désir d'amour, une recherche de protection contre les menaces du

monde extérieur, et aussi une crainte permanente de la perte de cette relation. L'agressivité et la haine répondent aux frustrations que cette "personne clé" lui fait subir.

La perte de cette relation peut bouleverser l'équilibre émotionnel du malade; entraîner un sentiment d'abandon et de désespoir, et menacer sa vie.

Ce sentiment d'abandon, de détresse vitale peut être provoquée par la simple crainte de la perte du personnage essentiel (désintérêt affectif, voyage, maladie, condamnation par "l'autre"). Même à l'âge adulte ce lien de dépendance persiste, que ce soit avec l'un des parents ou avec un remplaçant : le conjoint ou un supérieur dans le milieu professionnel.

BONFILS, de M'UZAN et CAULIN (1965) étudiant 27 malades remarquent :

1 - en ce qui concerne la structure de la personnalité une "immaturité instinctivo-affective" qui rend difficile les relations avec le monde extérieur. Cette relation se fait sur un mode ambivalent (23 fois sur 27) : désir d'un contact affectif avec autrui qui peut faire place très rapidement à un mouvement d'hostilité.

La dépendance à l'égard de la personne clé est trouvée dans 18 cas sur 27.

Ils notent des manifestations psychonévrotiques (17 cas sur 27).

- des traits obsessionnels discrets,
- un état dépressif sur lequel ils insistent,

- des manifestations psychotiques,
- des troubles de la sexualité.

2 - Les perturbations de la vie infantile sont fréquentes. Il peut s'agir de troubles de l'alimentation, d'énurésie, de rapports pathologiques avec la mère, de carence paternelle, de frustrations matérielles.

3 - Les circonstances déclenchantes ont été trouvées chez 18 malades sur 27.

Les résultats d'une enquête faite par FELDMAN CANTOR et SOLL sur une série de 34 malades et examinés par 2 médecins et un psychiatre sont en désaccord avec les travaux précédents : 29 sur 34 sont considérés comme normaux (mais le concept de normalité serait à définir). Pour ces auteurs dans 4 cas sur 34, un facteur déclenchant significatif proche de la première poussée peut être retenu. Dans 3 cas il est absent. Dans 15 cas un facteur émotionnel dans les 6 mois précédant une rechute est possible. Ils ne trouvent pas de troubles de l'adaptation lors de l'adolescence, ni à l'âge adulte.

Enfin, dans 14 cas ils retiennent des conflits essentiels qui pourraient entraîner des remaniements dynamiques, qui à leur tour s'exprimeraient dans la maladie somatique, mais une telle conversion leur semble impossible.

La divergence persiste ! c'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'étudier les observations de 58 malades hospitalisés dans le Service de Monsieur le Professeur LAMBLING.

ETUDE DES 58 OBSERVATIONS DU SERVICE

[illegible]

51 malades ont été vus et suivis par le Docteur BURGER.
7 ont été suivis par le Docteur de M'UZAN (et figurent dans les résultats publiés par lui en 1965).

La technique d'examen a été différente : investigation psychiatrique classique dans le premier cas, investigation selon les méthodes analytiques dans le second cas.

Pour chaque malade nous avons tenté de choisir, ceci peut être de façon arbitraire, certains traits qui nous paraissent plus caractéristiques.

Il s'agit d'une étude portant surtout sur des observations, c'est souligner les difficultés d'un tel travail et les risques d'interprétation.

Les éléments qui ont été retenus sont les suivants :

I - Les conditions de la grossesse

Country		Year		Age		Sex		Ethnicity		Religion		Marital Status		Education		Occupation		Income		Health Status		Mental Health		Social Support		Life Satisfaction		Quality of Life		Overall Well-being	
Country	Year	Age	Sex	Ethnicity	Religion	Marital Status	Education	Occupation	Income	Health Status	Mental Health	Social Support	Life Satisfaction	Quality of Life	Overall Well-being	Country	Year	Age	Sex	Ethnicity	Religion	Marital Status	Education	Occupation	Income	Health Status	Mental Health	Social Support	Life Satisfaction	Quality of Life	Overall Well-being
USA	2010	25	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	35	M	Black	Catholic	Single	College	Engineer	\$60,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	45	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	55	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	65	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	75	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	85	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	95	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	105	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	115	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	125	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	135	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	145	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	155	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	165	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	175	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	185	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	195	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	205	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	215	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	225	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	235	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	245	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	255	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	265	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	275	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent
USA	2010	285	M	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent	USA	2010	295	F	White	Protestant	Married	High School	Teacher	\$45,000	Good	Stable	Strong	High	Very Good	Excellent

Celle-ci n'était pas désirée (dans 8 cas sur 58) : nombre trop élevé d'enfants, conditions sociales. Ceci peut laisser supposer que les relations mère-enfant sont déjà perturbées. Le rejet primitif provoque chez la mère un sentiment de culpabilité qui entraînera généralement une surprotection compensatrice. Dans 2 cas la grossesse était désirée : l'enfant étant destiné à remplacer un autre enfant décédé.

Deux accouchements ont été dramatiques (forceps et anoxie).

Nous n'avons mis en évidence aucun trait caractéristique du poids de naissance chez ces malades. (Il est vrai que dans de nombreux cas il est resté ignoré).

II - Les problèmes alimentaires

=====

Au cours de la première enfance ils ont été plus fréquemment retrouvés (20 cas sur 58).

Dans 3 cas, l'allaitement maternel a duré plus de 18 mois, prolongeant des relations symbiotiques avec la mère.

Dans 17 cas, au contraire on a pu noter des problèmes alimentaires différents mais que nous avons rapprochés :

- Sevrage précoce,
- Mise en nourrice,
- Intolérance au lait,
- Nombreux régimes,
- Anorexie

Les premiers rapports de l'enfant avec le monde extérieur se font d'abord avec la mère.

Le sein est le premier objet d'amour, il soulage sa faim lui procure le plaisir de la succion, mais il est aussi un objet de haine et de désespoir lorsqu'il n'apporte pas la satisfaction, immédiate.

Ultérieurement la mère sera vécue de la même façon.

Toute perturbation de cette première relation marquera de façon profonde et durable l'expérience du nourrisson. Les relations affectives ultérieures ne seront souvent que la répétition de cette relation primitive.

III - Le développement psychomoteur :

=====

a été perturbé chez 19 malades, il s'agissait :

- de troubles de l'apprentissage de la marche (précoce avant un an dans 2 cas, tardive après 2 ans dans 3 cas).
- d'un contrôle sphinctérien précoce dans 7 cas,
- dans 8 cas au contraire : énurésie.

Les troubles du développement à ce stade permettent d'apprécier les relations de l'enfant avec sa mère, donc avec le milieu extérieur.

A la rigidité d'une mère dominatrice, en vue d'imposer un contrôle sphinctérien précoce, s'opposent les tentatives de l'enfant de retenir, ou au contraire de rejeter ce que la mère désire tant et qu'elle lui impose à tous prix.

On remarque aussi dans 13 cas l'existence d'une constipation précoce remontant à l'enfance.

IV - Les relations avec les parents dans l'enfance :

=====

sont manifestement perturbées dans la majorité des cas (49 sur 58).

a) Dans 15 cas des relations symbiotiques avec la mère sont notées.

- b) Dans 5 cas ce lien de dépendance est plus marqué à l'égard du père.
- c) Dans 15 cas la mère est décrite comme autoritaire et rejetante.
- d) L'abandon paraît fréquent.

Dans 17 cas l'enfant est franchement rejeté du milieu familial avant l'âge de 7 ans :

- soit après le décès d'un des parents,
- soit après un remariage,
- soit après une maladie,
- soit encore, en raison de mauvaises conditions sociales alléguées.

Il est confié à une institution, à une ou plusieurs "nourrices".

Dans 16 cas il y a décès d'un des parents :

8 cas avant l'âge de 7 ans

8 cas entre 7 et 15 ans.

Dans 11 cas, le couple parental s'est dissocié.

Qu'elles qu'en soient les causes nous retrouvons donc avec une fréquence notable une perturbation importante de la vie affective dans l'enfance, un abandon réel, (décès ou séparation).

La conséquence en est un sentiment d'insécurité, de désespoir, un véritable syndrome d'"abandonnisme".

Il est remarquable que dans 17 cas cet abandon survient avant l'âge de 7 ans, et dans 11 cas vers l'âge de la puberté

(au moment crucial où l'adolescent est confronté à des problèmes instinctivo-affectifs qui font rejaillir ceux de la petite enfance).

L'âge de 7 ans a été choisie comme moyenne d'âge du début de la période de latence de l'enfant (fin de la phase oedipienne) tout en soulignant que chez certains enfants cet âge peut être avancé ou reculé, ceci en fonction de la structure psychologique de la famille.

V - Les troubles de la sexualité :
=====

sont notables dans 24 cas sur 58 (18 chez la femme).

Il s'agit :

- de refus de la sexualité	10 cas
- de frigidité	6 cas
- d'impuissance	2 cas
- d'une identification sexuelle perturbée	8 cas

Les troubles du développement psychomoteur avaient précédé l'inadaptation sexuelle dans 11 cas.

Ultérieurement nous préciserons les rapports entre la présence de ces troubles et la gravité de la maladie.

VI - Structure de fond :
=====

Les constatations rejoignent celles des auteurs cités précédemment.

- L'immaturité affective est nette dans 15 cas,
- La labilité émotionnelle existe dans 16 cas,
- Les traits phobiques sont notés dans 7 cas, et
- des traits obsessionnels dans 10 cas,
- La structure dépressive est manifeste dans 12 cas.

Certains peuvent s'associer entre eux.

Comme tous les auteurs l'ont montré, ces traits de caractère ne sont pas spécifiques de la rectocolite hémorragique. On les retrouve chez des sujets ne présentant aucune maladie somatique.

Mais à l'inverse on peut prévoir sans risque d'erreur importante qu'un malade porteur d'une colite ulcéreuse présentera un ou plusieurs de ces traits.

Ces mêmes troubles psychonévrotiques sont mis en évidence chez des malades porteurs de colopathie fonctionnelle comme l'a montré J. GOROT après étude de 30 malades. Il insiste sur les traits obsessionnels compulsifs, marqués chez ces sujets et la discrétion des manifestations dépressives.

Il oppose ce groupe de malades à ceux porteurs d'une colite ulcéreuse. Chez ces derniers les troubles obsessionnels sont discrets, les manifestations dépressives au contraire sont plus fréquents et plus graves.

Le niveau mis en jeu dans les 2 affections est différent.

C'est un trouble de la fonction colitique dans les colopathies fonctionnelles idiopathiques.

Ce sont des troubles vasculaires, sécrétoires, conduisant à des lésions organiques dans la colite ulcéreuse. Ils correspondent à un stade régressif plus archaïque.

Dans 11 cas des malades ont présenté des symptômes nettement psychiatriques :

- Un malade a été interné depuis l'âge de 15 ans pour "débilité mentale". Les manifestations colitiques sont apparues à 23 ans, les lésions sont restées localisées au rectum.

- Une femme a présenté des manifestations hystériques à la mort de son mari.

Elles disparaissent lors du début de la rectocolite.

- Une enfant a été suivie pour des troubles caracté-
riels graves.

- 5 malades ont fait une dépression vraie précédant de peu ou accompagnant la colite ulcéreuse, et ayant nécessité dans 2 cas électrothérapie et cure de sommeil (il s'agissait les 2 fois de dépression après un deuil).

- Enfin, 2 malades ont eu des épisodes délirants (délire mystique et délire de persécution) contemporains de la maladie.

VII - Un phénomène déclenchant
=====

a été manifeste dans 46 cas sur 58.

1) la perte réelle d'un "personnage-clé" est retrouvée dans 16 cas.

2) la perte imaginaire ou la crainte de la perte de l'objet existe dans 13 cas.

L'observation suivante illustre ceci !

Obs. N° 2 - dossier N° 7859, Melle Ac. M. fille unique, 19 ans est étudiante en lettres.

L'apparition de sang dans les selles en janvier 1956 constitue le premier signe.

L'évolution est aiguë : évacuations incessantes, fièvre, amaigrissement de 10 kg en 6 semaines, pancolite avec altérations muqueuses profondes. Un mois avant les premiers troubles, la mère de la jeune fille a été opérée et quelques jours plus tard une embolie pulmonaire a mis sa vie en danger.

Melle A. a eu des troubles alimentaires dans la petite enfance, un eczéma, elle présente une immaturité affective et un apragmatisme sexuel, un attachement profond et ambivalent à sa mère. La crainte seule de la perte de sa mère a été suffisante dans ce cas pour déclencher la poussée.

La Réactivation d'une situation traumatisante de l'enfance est trouvée dans 5 cas.

Obs. N° 54 - dossier N° 12 480, Madame R. Nicole, institutrice est vue pour la première fois dans le service en 1966. Elle est âgée de 33 ans.

Les premiers symptômes de rectocolite sont apparus à l'âge de 18 ans.

L'évolution a été subaiguë (une à deux poussées par an entre 1951 et 1963) sans qu'il y ait de retentissement sur l'état général.

Elle s'est mariée, a eu 2 enfants. Les grossesses ont été bien tolérées.

Une aggravation survient en 1963 : lésions étendues à tout le colon gauche, microrectie.

En 1966, dans le service on pose l'indication d'une colectomie subtotale gauche avec rétablissement de la continuité colo-rectale.

La malade est née en 1933, conçue après le décès d'un autre enfant. Son père est prisonnier de guerre lorsqu'elle a 7 ans. Elle est alors fille unique. Sa mère lui confie tous ses soucis, en particulier elle redoute une grossesse et menace de se suicider.

A 18 ans, quelques mois avant le début de la rectocolite, la jeune fille surprend une conversation nocturne entre ses parents concernant une nouvelle crainte de grossesse. La mère renouvelle ses menaces de suicide, ce qui réactualise pour Mme R. le drame antérieur qu'elle a vécu à 7 ans.

Elle ressent à la fois la crainte de perdre sa mère et l'hostilité de celle-ci devant la possibilité de grossesse, et peut imaginer alors l'attitude de sa mère devant sa propre naissance.

4) La perte de la sécurité est notée dans 7 cas,

5) L'impossibilité d'adaptation à certaines situations nouvelles est remarquée dans 2 cas.

Obs. N° 32 - dossier N° 13.454, Mr. Be.M. 21 ans, est reçu au concours d'une grande école d'ingénieurs où il se présente pour répondre au désir de son père.

Il quitte sa famille pour une autre ville.

Les troubles colitiques débutent 2 mois plus tard.

Ils s'aggravent en juin aux périodes d'examen. Par contre une amélioration se produit pendant les vacances lorsqu'il regagne le foyer familial.

Après un échec scolaire, il choisit une autre orientation et son état s'améliore.

Le phénomène déclenchant peut certes paraître minime. Il n'est significatif que par sa survenue sur un terrain partiel- culier.

Brutalement l'équilibre qui paraissait exister, change :

- les relations interpersonnelles jusque là fondamentales pour la vie du malade deviennent insuffisantes.

- les moyens de défense utilisés sont inefficaces. Le malade doit faire appel à ses propres ressources pour faire face à une situation qui le met en danger.

La menace qu'il ressent, l'insécurité et l'angoisse, l'incapacité de répondre de façon adaptée à cette menace, favorisent le déclenchement de la maladie rectocolitique.

Elle serait alors une tentative de résoudre ce problème une "dramatisation somatique" d'une situation conflictuelle à laquelle le malade ne peut faire face.

Il nous a été beaucoup plus difficile de mettre en évidence un phénomène déclenchant les poussées évolutives : dans certains cas on trouve un sentiment d'abandon passager. L'étude des observations ne nous a pas permis de préciser la fréquence d'un évènement significatif proche des poussées.

VIII - Rectocolite hémorragique et autres manifestations psycho-
=====

somatiques
=====

Nous avons noté :

1 - l'existence d'un eczéma dans 12 cas, le plus souvent eczéma de l'enfance. Jamais les manifestations cutanées et colitiques n'ont été contemporaines.

Dans 1 cas l'eczéma est survenu 2 mois après une colectomie totale : il s'agissait de lésions importantes prédominant aux membres inférieurs.

2 - des manifestations asthmiques et allergiques dans 7 cas (urticaire, oedème de Quincke ...)

3 - des migraines dans 4 cas.

Il nous a paru important de retenir ces manifestations. Elles suggèrent la possibilité pour le malade de s'exprimer sur un plan différent ; contredisant l'hypothèse selon laquelle les manifestations digestives seraient le niveau spécifique d'expression d'une structure particulière soumise à des perturbations spécifiques.

Ces troubles sont également retrouvés chez les 29 malades n'ayant jamais présenté ces signes cliniques de gravité : soit :

- problèmes alimentaires 5 fois (17 %)
- troubles psychomoteurs 8 fois (27,5 %)
- troubles de la sexualité 10 fois (33,7 %)

Le tableau suivant résume ces données :

	Problèmes alimentaires	Développement psychomoteur	Troubles de la sexualité
Formes avec S. clinique de gravité (31 cas)	26 %	35,5 %	45 %
Formes sans S. clinique de gravité (29 cas)	17 %	27,5 %	33,7 %

La comparaison met, certes, en évidence une prédominance de ces perturbations chez les malades ayant présenté une forme grave. Cependant, la différence n'est pas suffisamment significative pour que l'on puisse en tirer des conclusions précises.

2 - Quant à l'extension radiologique des lésions, elle semble être indépendante de ces éléments comme le montre le tableau suivant :

	Problèmes alimentaires	Développement psychomoteur	Troubles de la sexualité
Pancolite (29 cas)	7 cas	9 cas	11 cas
Formes localisées au colon gauche (20 cas)	5 cas	7 cas	10 cas

3 - Il nous a semblé plus intéressant de rechercher l'incidence d'un facteur dont nous avons souligné l'importance : "l'abandonnisme" : il crée des perturbations profondes des liens dans l'enfance et dans l'adolescence, avec toutes leurs conséquences chez ces sujets immatures.

Nous l'avons trouvé dans 18 cas, chez les malades qui ont eu des signes de gravité; dans 16 cas chez ceux qui n'ont eu aucun signe de gravité clinique.

	Total abandon	"abandon" av. 7 ans	"abandon" entre 7 et 15 ans
Formes avec S. cliniques de gravité (31 cas)	18	11 cas	7 cas
Formes sans S. cliniques de gravité (29 cas)	16	5 cas	11 cas

Lorsque "l'abandon" se situe avant l'âge de 7 ans, on constate 2 fois plus de formes avec signes cliniques de gravité;

après l'âge de 7 ans, les formes sans signes de gravité sont plus nombreuses.

Si l'on considère les 17 cas d'abandonnisme avant l'âge de 7 ans relevés chez ces malades, on remarque que 11 malades (soit 63 %) ont présenté des signes de gravité imposant la colectomie totale dans 6 cas.

Il semble donc que l'on puisse avancer l'hypothèse suivante : les perturbations affectives profondes des relations familiales de la petite enfance, et essentiellement celles qui ont menacé l'enfant dans sa sécurité, modifient le terrain de telle sorte que, devant une situation réactualisant le danger initial, la réponse somatique prend une allure plus aiguë.

II - Nous avons aussi rechercher d'éventuelles relations entre l'importance des troubles de maturation de la petite enfance, et l'âge d'apparition des premiers signes de rectocolite hémorragique.

Nous n'avons pu mettre en évidence aucun fait significatif de cet ordre.

C'est bien lors de la survenue d'un évènement particulier (quelque soit l'âge) que les premiers symptômes de la maladie apparaîtront. Cet évènement est significatif pour un malade dans la mesure où il perturbe les relations établies jusque là, mettant le malade en danger.

III - Etude des corrélations entre l'évolutivité de la maladie et les facteurs psychologiques

[1] Les formes dont la durée évolutive est inférieure à 5 ans représentent 21 cas.

10 de ces malades ont subi une colectomie totale.

Dans 4 cas, le rétablissement de la continuité iléo-rectale a été possible.

Dans 3 cas, une iléostomie définitive n'a pu être évitée.

Il y a eu 3 décès au cours de l'intervention.

Obs. N° 5 - dossier N° 10.204. Homme de 30 ans, artiste peintre, chez qui la maladie a évolué de façon aiguë. En 3 mois lésions de tout le cadre colique, fièvre, amaigrissement de 10 kg, lésions rectales très profondes. L'intervention découvre des lésions importantes de vastes ulcérations, 2 perforations. Décès quelques heures après l'intervention par collapsus irréversible.

Obs. N° 10 - dossier N° 12.075. Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans. Quelques semaines après la colectomie totale, décès dans un état de cachexie.

L'évolution totale de la maladie a duré moins de 1 an.

Obs. N° 11 - dossier N° 12.182, homme de 45 ans. La maladie évoluait depuis 8 mois, les évacuations étaient surtout hémorragiques. Décès par embolie pulmonaire massive 10 jours après une colectomie subtotale.

- 10 malades ont été stabilisés ou améliorés par le traitement médical.

- une malade a quitté le service dans un état grave, à la demande de ses parents.

Chez ces 21 malades nous avons trouvé des troubles relationnels dans l'enfance : en remarquant que la majorité appartiennent aux malades dont la durée évolutive a été inférieure à un an.

	Evolution inférieure à 5 ans	Malades dont l'évolution est inférieure à 1 an
Troubles alimentaires	5 cas	dont 4 cas
Troubles du développement psychomoteur	7 cas	" 4 cas
Troubles de la sexualité	6 cas	" 5 cas
"Abandonnisme" avant 7 ans	11 cas	" 5 cas
"Abandonnisme" Après 7 ans et avant 15 ans	8 cas	" 3 cas

19 malades sur 21 ont donc présenté des perturbations affectives importantes dans l'enfance et au cours de l'adolescence. Dans 11 cas elles se situaient avant l'âge de 7 ans donc à une période où l'enfant est particulièrement fragile.

2 A l'opposé, chez les 14 malades chez qui les symptômes évoluent depuis plus de 10 ans (dix n'ont jamais présenté de signes cliniques et biologiques de gravité) on trouve les perturbations suivantes :

- des problèmes alimentaires dans 2 cas
- des troubles du développement psychomoteurs dans 3 cas
- des troubles de la sexualité dans 7 cas
- un abandonnisme avant l'âge de 7 ans dans 1 cas
" après l'âge de 7 ans dans 6 cas

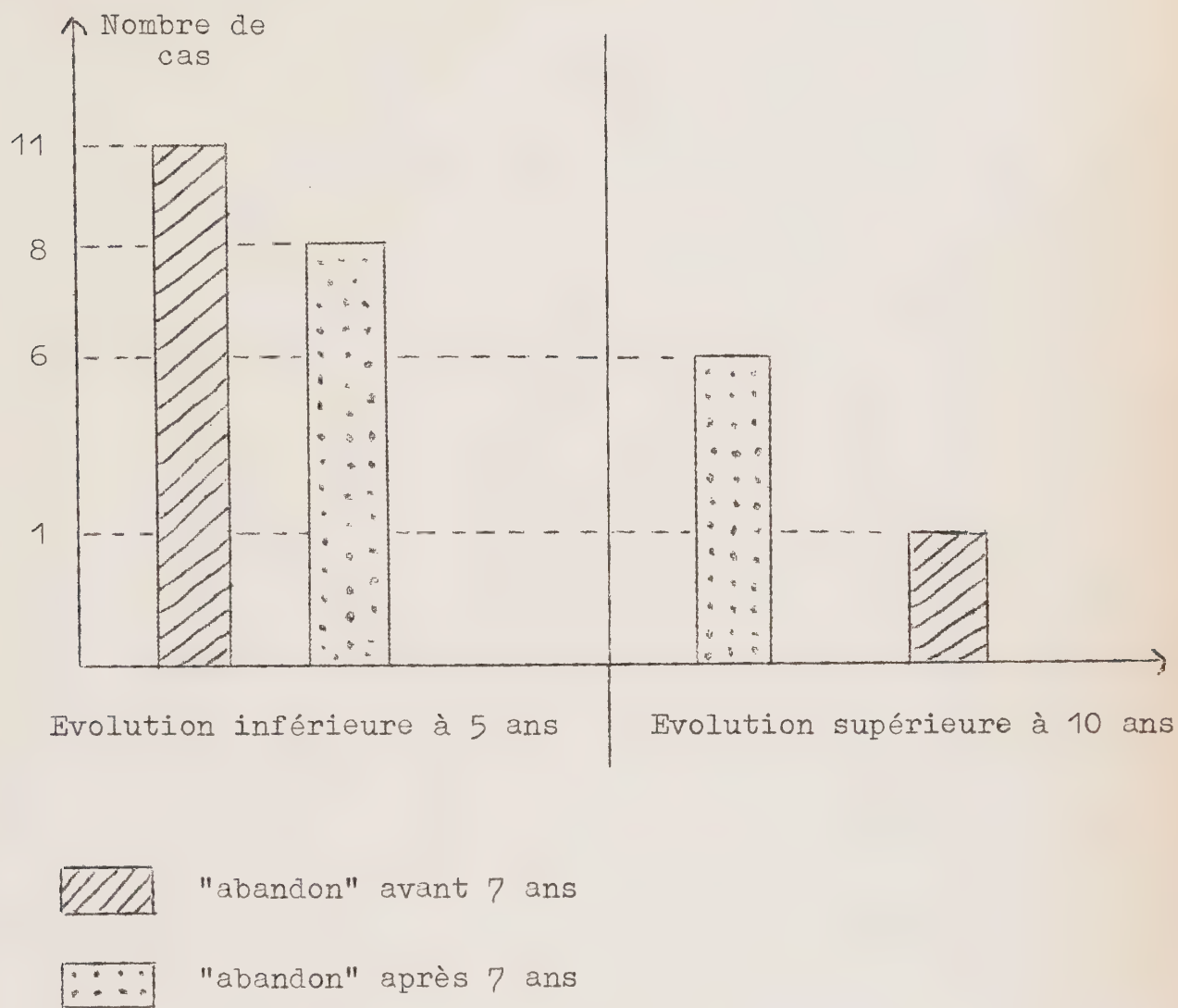
Chez ces malades ayant une forme chronique on ne relève aucun décès du fait de la maladie.

4 malades ont été opérés : colectomie totale avec 2 fois rétablissement de la continuité iléo-rectale.

La moitié de ces malades (7 cas sur 14) a subi une forme d'abandon, mais une seule fois elle se situait avant l'âge de 7 ans (il s'agissait d'un rejet familial avec placement nourricier).

Le tableau suivant permet la comparaison du nombre d'abandons dans les formes évoluant en moins de 5 ans, et dans celles qui évoluent depuis 10 ans et plus.

La survenue précoce d'une perturbation importante de la vie affective met en jeu, et sa sécurité et son équilibre, et semble imprimer des modifications de son potentiel existenciel.



Dans certains cas au contraire (4 cas) les malades utilisent leur symptôme afin d'obtenir ce qu'ils désirent : l'amour de leurs proches, les soins attentifs du personnel médical et infirmier. La maladie leur permet de vivre à un niveau de régression tel qu'ils sont nourris, nettoyés et changés, comme des nourrissons.

La survenue de la maladie modifie les liens au sein de la famille; ainsi l'amour que l'on partage avec autrui, sera détourné et capté au seul profit du malade.

INCIDENCES THERAPEUTIQUES

 expansive
 surprise
 disagree
 excuse
 conclude
 clarify
 admission
 curious
 forward
 disagree

Les facteurs psychologiques constituent une des caractéristiques de la maladie au même titre que la symptomatologie fonctionnelle, endoscopique et radiologique. Ils ne doivent ni être méconnus, ni négligés.

La prise en charge de ces malades doit s'adapter à chaque cas particulier.

I - Dans les formes graves fébriles avec des lésions rectales et coliques importantes, le traitement médical et chirurgical est primordial.

Ces malades sont vus par le psychiatre avec la plus grande prudence. Le contact est souvent difficile et il ne peut être question d'aborder directement les éléments conflictuels - ce qui ne pourrait qu'accroître la blessure ressentie par le malade.

Le psychiatre s'efforce de percevoir l'état réel du malade, son degré de régression, ses possibilités de lutte. Il doit par son attitude permettre au malade de reconnaître en lui un personnage neutre et bienveillant pouvant tolérer même son hostilité.

Le "nursing" est chez ces malades fondamental. Il permet de communiquer avec eux, au niveau où ils vivent; où ils sont nourris et changés comme des enfants.

Les thymoanaleptiques sont parfois utilisés (15 cas) chez ces malades déprimés.

Dans les formes très hémorragiques, 2 traitements particuliers ont été utilisés dans le service :

A) Le Majeptil (Thiopropérazine)

C'est un neuroleptique majeur.

Il a été utilisé chez 5 malades de cette série.

Ce neuroleptique agirait à 2 niveaux : central et périphérique.

1) par son action centrale, il entraîne à la fois :

a - des modifications thymiques : indifférence puis crises d'anxiété avec malaise intense. A ces troubles des 2 premiers jours fait suite un état dépressif, puis des perturbations du sommeil avec inversion du rythme.

Le traitement est discontinu par périodes de 3 ou 4 jours.

A son arrêt le malade est transformé parfois euphorique.

Le Majeptil n'est pas un sédatif et la conscience du malade n'est pas modifiée. Il rend possible une communication plus profonde avec le malade.

b - des troubles neurologiques (syndrome parkinsonien).

Ils sont intenses et transforment l'aspect du malade.

c - des troubles neurovégétatifs. Ils sont particulièrement gênants : sudation, hypersécrétion bronchique, oligurie.

L'importance des troubles secondaires suppose des conditions très particulières de traitement : isolement, surveillance médicale, "nursing" intensif.

2) Le Majeptil pourrait agir directement au niveau de la vasomotricité intestinale.

Sur les cinq malades traités ainsi, un seul a été très amélioré : les hémorragies ont disparu; l'humeur s'est modifiée; les lésions coliques ont régressé en partie. Cependant lors d'une repoussée, une colectomie totale a été nécessaire. Les 4 autres malades n'ont pas été améliorés, la colectomie n'a pu être évitée.

B - L'électrocoagulation du cerveau préfrontal pratiquée par le Docteur BUCAILLE a été utilisée chez 2 malades de cette série.

Son principe est le suivant : la lésion limitée (7 à 8 m/m) créée par électrocoagulation de la substance blanche en avant du ventricule latéral, permettrait par un mécanisme purement nerveux ou par un intermédiaire glandulaire des modifications de conditions vaso-motrices et trophiques au niveau de l'intestin.

Il ne s'agit donc pas d'une "psychochirurgie".

Les meilleures indications sont les formes très hémorragiques de recto-colite avant que les lésions pariétales ne deviennent irréversibles. L'électrocoagulation permettrait dans les autres cas, par l'arrêt de l'hémorragie, de prévoir l'acte chirurgical dans de meilleures conditions.

Deux malades ont été ainsi traités :

- Monsieur K. (dossier N° 11.823) a subi cette intervention en 1960, à l'âge de 50 ans dans le Service du Professeur CATTAN, 1 an après les premiers troubles.

Une rémission de 2 ans a été observée.

La reprise des troubles, l'importance des poussées, l'absence d'amélioration sous traitement médical a imposé une colectomie subtotale en 1965.

- Melle G...(dossier N° 12.360) est une jeune fille de 14 ans dont les troubles ont commencé 2 ans plus tôt, peu de temps après le décès de sa soeur aînée. Les poussées sont subintrantes, le traitement médical peu efficace.

Les lésions atteignent l'angle droit.

Les hémorragies sont incoercibles. La colectomie est refusée en raison de la gravité des signes.

Une électrocoagulation en extrême urgence est faite en juin 1966.

Les résultats immédiats sont remarquables: arrêt du saignement, transformation des aspects radiologiques; reprise de l'état général.

Depuis plus de 2 ans l'amélioration se maintient.

BUCAILLE insiste sur la nécessité d'intervenir précocement avant que les lésions coliques ne deviennent anatomiquement irréversibles.

Le nombre insuffisant de malades traités par ces 2 méthodes dans le service rend difficile l'appréciation des résultats.

II - Le traitement des malades ambulatoires

peut faire une place importante aux psychothérapies destinées à modifier le mode relationnel du malade avec autrui.

- psychothérapie de "soutien"
- " psychanalytique
- " de relaxation, introduite en 1954 dans un service de gastro-entérologie par BURGER d'après la technique de J.H. SCHULTZ.

Le corps devient l'objet du dialogue malade médecin.

L'action psychothérapeutique dans l'évolution de la maladie est difficile à apprécier.

7 malades de cette série en ont bénéficié.

Elle permettrait de réduire les rechutes.

Le traitement chirurgical entraîne des modifications psychologiques. La suppression du colon est parfois souhaitée, souvent redoutée.

L'iléostomie est tolérée de façon très variable. Elle peut devenir l'objet de soins attentionnés (une malade en parle comme d'un nourrisson étranger à son corps à qui elle prodigue réprimandes et soins), voire même une zone érogène

Dans d'autres cas, elle peut être vécue comme une infirmité définitive. Particulièrement chez le sujet jeune, plusieurs entretiens doivent être nécessaires avant que la proctectomie ne soit acceptée; l'amputation rectale définitive entraînera des répercussions psychologiques importantes.

Que ce soit très précocement ou plus tardivement, l'intervention du psychiatre au sein de l'équipe médicale est utile.

Elle permet la compréhension du malade, une meilleure adaptation du traitement, et le maintien d'une relation thérapeutique.

CONCLUSIONS

[illegible]

La rectocolite hémorragique est une maladie dite psychosomatique où interviennent à la fois des facteurs cliniques, des chocs affectifs, sur un terrain psychologique particulier.

Au cours de ce travail, nous avons tenté, à l'aide de 58 observations de malades hospitalisés à l'Hôpital Bichat, dans le service de Monsieur le Professeur LAMBLING, d'établir des corrélations entre les différents aspects cliniques, radiologiques, évolutifs de la maladie et les différents facteurs psychologiques intervenant dans le développement de la personnalité.

Ces malades ont été vus et suivis à la fois sur un plan médical et psychiatrique.

I - Des perturbations importantes du développement psycho-affectif de la petite enfance ont été retrouvés dans 49 cas sur 58. La relation mère-enfant paraît fortement perturbée. Ces mères sont incapables de satisfaire les besoins fondamentaux de leurs enfants. Ces derniers répondent par une ambivalence très marquée; à la fois désir d'amour et de destruction, dépendance et agressivité.

Les mères sont décrites comme autoritaires et rejetantes (15 cas), au contraire surprotectrices maintenant l'enfant sous leur dépendance (15 cas).

Tout au long du développement les perturbations sont marquées : alimentaires (20 cas) psychomotrices (19 cas), troubles de l'identification sexuelle.

Chez ces malades, un abandon (par décès d'un des parents, dissociation du couple, rejet familial ou placement nourricier) est relevé dans 33 cas (avant l'âge de 7 ans dans 17 cas, après dans 16 cas).

L'abandon constitue une expérience traumatisante chez un sujet fragile, immature, lié de façon archaïque à sa mère.

II - Sur ce terrain particulier, tout évènement réel ou fantasmatique qui réactualise les expériences traumatisantes subies dans l'enfance, peut constituer un phénomène déclenchant de la maladie; il peut entraîner par la perte réelle ou imaginaire de la personne-clé, la rupture de la relation de dépendance qui lui permettait de vivre.

Il peut s'agir d'une perte de sa sécurité, d'une impossibilité de faire face à une situation nouvelle.

Devant cette menace, le malade régresse à un niveau relationnel archaïque. La rectocolite hémorragique constituerait alors "la dramatisation somatique" d'un conflit psychologique sur une structure particulière.

III - Cette dernière est caractérisée par une immaturité instinctivo-affective, des traits obsessionnels, des traits phobiques et des traits dépressifs.

Ces derniers ne sont pas spécifiques de la rectocolite. On les retrouve chez des malades atteints de colopathie fonctionnelle. Mais les traits dépressifs sont plus marqués dans la rectocolite, et le stade de régression y est plus archaïque. Il est à noter que dans 11 cas les troubles colitiques ont été précédés ou accompagnés de maladie psychiatrique franche; et dans 13 cas par des manifestations psychosomatiques (eczéma par exemple).

IV - L'étude des corrélations entre les troubles psychologiques et les troubles somatiques :

1°) permet d'établir des liens entre la gravité de la maladie et l'existence d'un abandon dans la petite enfance (sur les 17 cas de rupture de l'équilibre familial avant l'âge de 7 ans de cette série, 11 cas ont eu une colite ulcéreuse grave).

Par contre les troubles psychomoteurs, et des conduites alimentaires sont peu significatifs comme éléments de gravité.

2°) permet d'établir des corrélations entre l'évolution de la maladie et le rejet familial, de façon plus manifeste.

L'évolution a été inférieure à 5 ans chez 21 malades parmi lesquels 19 cas ont subi un abandon (et 11 avant l'âge de 7 ans).

L'évolution a été supérieure à 10 ans chez 14 malades (avec 7 cas d'abandon, mais un seul avant l'âge de 7 ans).

La rectocolite hémorragique est une maladie qui survient chez des sujets qui à l'âge infanto-juvénile ont présenté des perturbations de la maturation psycho-affective. L'intervention du psychiatre se situe non seulement au niveau de l'investigation mais aussi sur un plan thérapeutique.

C'est la coopération attentive du médecin et du psychiatre qui permettra d'agir sur le symptôme, mais aussi tentera d'amener le malade à affronter des situations nouvelles et à perdre sa dépendance au monde extérieur que le caractérise.

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen,

M. le Professeur BERNIER

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

[illegible]

- 1 - ALEXANDER F. -

La Médecine psychosomatique. Petite Bibliothèque Payot.

- 2 - ARTHUR B., ARBOR A. -

Role perceptions of children with ulcerative Colins
in Archives of General Psychiatry.

- 3 - BANKS B.M., KORELITZ B.I., ZETZEL L. -

The course of non specific ulcerative Colitis.
Review of twenty year's experience and late resultats.
Gastroenterology 32, 983, June 1957.

- 4 - BERNARD R., CARCASSONNE M., MARIANI R. -

La rectocolite hémorragique de l'enfant in Marseille
Medical.

1967 volume 104, N° 2.

- 5 - BONFILS S., de M'UZAN M., CAULIN Ch. -

Les interactions psychosomatiques dans la rectocolite hémorragique.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 116, 1965,
p. 201-208.

- 6 - BUCAILLE M. -

L'électrocoagulation du cerveau préfrontal dans la rectocolite hémorragique in Maroc Medical N° 474. Novembre 1964, p. 917-920.

7 - BURGER A.J. -

Problèmes psychosomatiques des colopathies.

Revue du Praticien. Tome XVII, N° 31, Décembre 1967.

8 - BROBERGER O. and LAGERKRANTZ R. -

Ulcerative colitis in childhood and adolescence.

in Advances in Pediatrics.

Chicago Year book Medical publishers 1966, vol. XIV.

9 - CAILLE B., LE CALVE G. -

La rectocolite hémorragique de l'enfant.

Journées Parisiennes de Pédiatrie.

Flammarion 1968, p. 41-49.

10 - CAIN J., SARLES H., BONNEL F. -

Rectocolite hémorragique. Etude psychosomatique dans

Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

Psychiatrie 5, 1966.

11 - DANIELS -

Psychiatric aspects of ulcerative colitis.

New England Journal of Medicine 1942, 226.

12 - DURET R.L. -

Aspects psychosomatiques de la colite ulcéreuse.

Acta Gastro enterolog. belg. Août-Sept. 1961, 24.

13 - ENGEL L.G. -

Studies of ulcerative Colitis

The American Journal of Medicine. Vol. XVI. March 1954,

N° 3, p. 416 - 431.

14 - ENGEL L.G. -

The nature of the psychologie process.

The Am. J. of Medecine vol. XIX. August 1955, N° 2,
p. 231-255.

15 - FELDMAN F., CANTOR D., SOLL S., BACHRACH W. -

Psychiatric study of a consecutive series of 34
patients with ulcerative colitis in British Medical
Journal. Saturday 1, July 1967, 3, vol. 3, N° 5556.

16 - FINCH S.M., HESS J.H. -

Ulcerative colitis in children
in the American Journal of psychiatry, vol. 118, N° 9,
March. 1962.

17 - GOROT J. -

Aspects psychosomatiques des colopathies fonction-
nelles.

Mémoire pour le C.E.S. de Gastroentérologie.

Année 1968, Paris.

18 - GRIZARD J.M. -

Etude statistique de 104 observations hospitaliers
de rectocolite hémorragique. Thèse Paris.

19 - GRACE W.J., WOLF S., WOLFF H.G. -

The human colon; an experimental study based on direct
observation of four fistulous subjects.

Londres 1951.

20 - GROEN J. -

Psychotherapy of ulcerative colitis.

Gastroenterology 17, 344 (1951).

21 - GROEN J. et VAN DER VALK J.M. -

Aspects psychosomatiques de la colite ulcéreuse.

Gastroenterologia. Congrès International de Londres

Juillet 1956.

22 - KAHANA R.J. -

A remission through crisis in ulcerative colitis.

Psychosomatic Medecine. Vol. XXIV, N° 5, Sept.-Oct.

1962.

23 - KLEIN M., RIVIERE J. -

L'amour et la haine.

Petite bibliothèque Payot.

24 - KORELITZ B. -

Ulcerative colitis in children.

New York State Journal of Medecine.

July 15 - 1964, p. 1851.

25 - LAGER KRANTZ R. -

Follow-up investigations of children with ulcerative colitis.

Acta paediatrica Scandinavia 1955, UU. 302-317.

26 - LEPORE M.J. -

The importance of emotional disturbances in chronic ulcerative colitis.

in J.A.M.A. vol. 191, N° 10, March 8, 1965.

27 - LINDEMANN E. -

Modifications in course of Ulcerative Colitis in
relationship to changes in life situations and
reactions patterns.

An. Rev. Nerv. and Ment. Dis. Proc. 1950, 29, 706.

28 - MORH G.J. -

Aspects psychologiques des colites ulcéreuses.

American Journal of Gastroenterology.

July 1960, 34, N° 1, 42-48.

29 - O'CONNOR J.F. -

Psychological considerations in ulcerative colitis.

New York State Journal of Medecine April 15/1968

68, N° 8, 1055-1065.

30 - MARCHEMINEY G. -

La problématique du psychosomatisme.

Revue Française de Psychanalyse. Av. Juin 1948, N° 2.

31 - PARQUET Ph. J. et PARIS J.C. -

Aspects neuropsychiques de la R.C.H.

Evolution médicale 1968, 12, N° 6.

32 - ROTH J.L. -

Ulcerative Colitis

in Gastroenterology Bockus.

33 - SPERLING M. -

Psychiatric aspects of ulcerative colitis.

N.Y. State Journal of Medecine 59, 1959.

34 - SUNDBY H.S. et AUESTAD A.M. -

Ulcerative colite in children.

in Acta Psychiatrica Scandinavica Vol. 43. Fas. 4,
1967.

35 - TITCHNER, RISKIN, EMERSON -

The family in psychosomatic process psychosom. Med.
Mars Avril 1960, 22.

36 - VALABREGA -

Les théories psychosomatiques.

Presses Universitaires de France.

TABLE DES MATIERES

.....

Pages

I	-	MATERIEL CLINIQUE ET METHODES D'ETUDE	2
II	-	LES ASPECTS SOMATIQUES :	
	-	Caractères de la maladie étudiés	3
	-	Résultats	8
III	-	LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES :	
	-	Rappel des travaux à ce sujet	22
	-	Etude des observations du service	34
IV	-	CORRELATIONS PSYCHOSOMATIQUES	45
V	-	INCIDENCES THERAPEUTIQUES	55
VI	-	CONCLUSIONS	61
VII	-	BIBLIOGRAPHIE	65

0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

